



Revisitando a puboplastia pós-bariátrica

Revisiting Postbariatric Monsplasty

FLAVIO HENRIQUE MENDES^{1,2*}

FAUSTO VITERBO²

JOSÉ MARCOS GABAS²

RAFAEL JOSÉ DE CASTRO²

■ RESUMO

Introdução: O tratamento da região pubiana é parte integrante do reajuste corporal inferior nos pacientes pós-bariátricos, tendo em vista a fisiopatologia e o caráter generalizado das deformidades de contorno após grandes emagrecimentos. O objetivo é apresentar nossa experiência no tratamento de pacientes pós-bariátricos, exclusivamente pela marcação baixa da abdominoplastia com vetores adequados de mobilização tecidual, sem a necessidade de cicatrizes verticais ou oblíquas na região do púbis. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente prontuários médicos e registros fotográficos de pacientes submetidos a diferentes abordagens abdominais, com aplicação dos princípios descritos acima no tratamento associado da região pubiana. Incisão cutânea anterior baixa, descolamento cranial angulado em direção ao plano aponeurótico (bisel preservando gordura profunda superior), e manutenção um excedente gorduroso nos bordos superiores para a facilitar a fixação dos retalhos através do Sistema Fascial Superficial. Uma avaliação subjetiva da qualidade dos resultados foi caracterizada por observador único. **Resultados:** Numa casuística de 126 pacientes consecutivos, a tática empregada possibilitou restabelecer a melhor posição, tônus e formato do púbis em 100% dos casos, cujos resultados foram subjetivamente classificados como bom (40%) ou ótimo (60%). As intercorrências mais frequentemente encontradas na evolução pós-operatória foram pequenas deiscências da sutura (23,8%) e seromas (19%), com boa evolução pelos curativos e punções seriadas.

Conclusão: A tática cirúrgica apresentada, com posicionamento baixo da incisão anterior e aproximação dos retalhos por fixação no sistema fascial superficial e pele, possibilita o tratamento adequado da região pubiana durante as abdominoplastias pós-bariátricas, sem a necessidade de ressecções e cicatrizes adicionais.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Cirurgia bariátrica; Obesidade mórbida; Alterações do peso corporal; Sínfise pubiana.

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Artigo submetido: 4/12/2016.

Artigo aceito: 21/2/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0063

¹ Clínica FHMendes, Lins, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The treatment of the pubic region is an integral part of lower body readjustment in post-bariatric patients, considering the pathophysiology and generalized characteristics of contour deformities after a considerable weight loss. The objective is to present our experience in the treatment of post-bariatric patients, exclusively by low marking of abdominoplasty with appropriate tissue mobilization vectors, without the necessity to leave vertical or oblique scars in the pubic region. **Methods:** The medical and photographic records of patients subjected to different abdominal approaches were retrospectively evaluated, applying the principles described above in the combined treatment of the pubic region. A low anterior skin incision was created, and angled cranial detachment towards the aponeurotic plane (with the bevel preserving the deep upper fat) and maintenance of excess fat on the upper edges to facilitate the fixation of the flaps through the superficial fascial system were performed. The outcomes' quality was subjectively evaluated by a single observer. **Results:** In the case series of 126 consecutive patients, the strategy used restored the best position, tone, and shape of the pubis in 100% of the cases; the results were subjectively classified as good (40%) or very good (60%). The complications more frequently found in the post-operative period were small suture dehiscence (23.8%) and seroma formation (19%), with good evolution provided by dressings and serial punctures. **Conclusion:** The surgical strategy presented involving low positioning of the anterior incision and flap alignment in the superficial fascial system and skin by fixation allows the proper treatment of the pubic region during post-bariatric abdominoplasty procedures, without the need for additional resections and scars.

Keywords: Surgical reconstructive procedures; Bariatric surgery; Morbid obesity; Changes in body weight; Pubic symphysis.

INTRODUÇÃO

A nova compreensão da fisiopatologia do contorno corporal nos grandes emagrecimentos exige que o especialista considere especificamente as alterações anatômicas e a biodinâmica dos tecidos, para o melhor diagnóstico e planejamento cirúrgico na população pós-bariátrica. É necessário, portanto, romper com alguns paradigmas que foram adquiridos no tratamento das afecções clássicas, geralmente resultantes de gestações, envelhecimento e variações ponderais leves a moderadas.

Como conceito fundamental, a obesidade seguida de grandes emagrecimentos promove deformidades generalizadas, cuja contiguidade tecidual exige uma abordagem corporal mais ampla, procurando tratar não apenas estruturas isoladas, mas todo o segmento corporal acometido, o que também se aplica à região pubiana. Bem diferente do que acontece com a maioria dos pacientes convencionais, as alterações morfológicas não estão anatomicamente restritas à parede abdominal anterior, mas guardam uma relação de contiguidade com

os aspectos laterais e posterior do corpo inferior, incluindo o púbis, os flancos, as raízes proximais das coxas e glúteos.

É precisamente no subcutâneo que essas alterações se mostram muito mais intensas e espalhadas num padrão generalizado; assim, cabe ao cirurgião orientar e discutir detalhadamente com seus pacientes todos os aspectos a serem corrigidos, explicando as variáveis das diferentes abordagens, bem como seus possíveis resultados e limitações.

Lockwood¹, no início da década de 90, publicou novos conceitos que proporcionaram uma melhor e mais completa compreensão de toda a estrutura tridimensional do tecido conectivo entre a derme e a musculatura, estabelecendo e popularizando o chamado Sistema Facial Superficial (SFS) com a função específica de sustentação da pele e da gordura do corpo (Figura 1A). O grande acúmulo gorduroso nos adipócitos do paciente obeso produz um efeito mecânico de estiramento generalizado das traves do SFS pela expansão volumétrica de todo o espaço subcutâneo (Figura 1B).

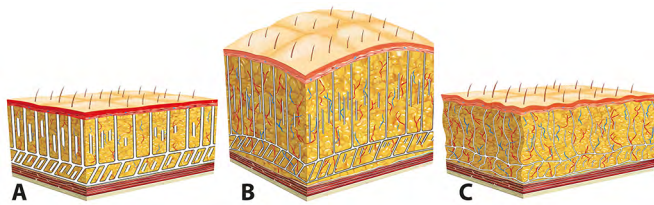


Figura 1. **A:** Tecido normal: SFS mostrando as traves colágenas do subcutâneo em equilíbrio com a pele e a gordura; **B:** Obesidade: Aumento dos adipócitos promovendo a distensão da pele e do SFS; **C:** Emagrecimento: Esvaziamento do subcutâneo com desequilíbrio estrutural do SFS e consequente frouxidão tecidual. SFS: Sistema Facial Superficial.

Já o emagrecimento subsequente estabelece um esvaziamento maciço desses adipócitos, produzindo uma redução volumétrica do subcutâneo sem a retração das mesmas traves de colágeno, que permanecem alongadas e adelgaçadas. Isso caracteriza a incompetência do SFS, estabelecendo uma grande frouxidão tecidual, marca característica desses pacientes (Figura 1C). A Figura 1 traz uma representação esquemática do mecanismo fisiopatológico envolvido no trofismo tecidual dos pacientes submetidos a grandes emagrecimentos².

Em síntese, podemos dizer que o trofismo do tecido celular subcutâneo no paciente pós-bariátrico guarda a chave para a melhor compreensão das deformidades pós-grandes perdas ponderais, bem como do seu tratamento. Paradoxalmente, enquanto a pele se apresenta hipotrófica e inelástica, todo o conjunto do revestimento exibe uma enorme frouxidão em face da distensão tecidual agravada com a lassidão imposta pela incompetência do SFS.

A ação do efeito gravitacional sobre o peso desses tecidos e a limitação das zonas de aderência aos planos mais profundos vão determinar o padrão geral de deformidade do contorno corporal. A experiência do cirurgião deverá guiá-lo na compreensão dessas deformidades, não apenas pelo aspecto da queda de determinadas estruturas em posição ortostática, mas principalmente pelas verdadeiras causas desse comportamento biodinâmico, que deverão ser endereçadas num planejamento eficiente.

A região pubiana deve ser avaliada em conjunto com todo o corpo inferior, e o seu tratamento será realizado com maior eficiência se o planejamento observar a necessidade de uma abordagem conjunta com o abdome anterior, justamente pela contiguidade dos tecidos que formam uma unidade anatômica indissociável.

As tentativas de abordar o abdômen sem incluir o púbis no planejamento, via de regra levam a resultados desarmoniosos pela inadequação tecidual resultante em segmentos que estão intimamente ligados. Da mesma forma, abordagens para correção ou adequação isolada do púbis geralmente exigem manobras mais invasivas com mais cicatrizes e menos naturalidade nos resultados.

A Figura 2 mostra alguns padrões de desvio do contorno da região pubiana em pacientes pós-bariátricos

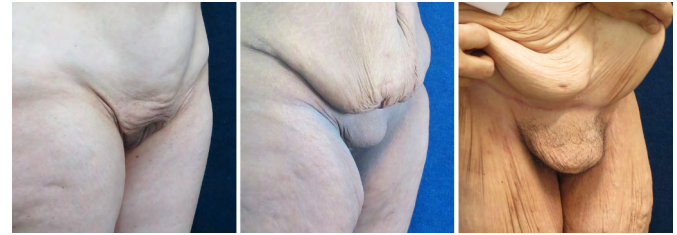


Figura 2. Exemplos de apresentação da região pubiana em pacientes emagrecidos, com diferentes níveis de queda e redundância tecidual.

e chama a atenção para a necessidade de se avaliar todo o segmento corporal, para um planejamento que promova a harmonia com os tecidos em contiguidade, incluindo o abdômen e a raiz das coxas.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar nossa experiência no tratamento da região pubiana em pacientes pós-bariátricos, exclusivamente pelo planejamento adequado das ressecções e respectivos vetores de mobilização tecidual durante o reajuste corporal inferior.

MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente os prontuários médicos com evolução cirúrgica e registros fotográficos de pacientes pós-bariátricos submetidos ao reajuste corporal inferior, no período compreendido entre janeiro de 2013 e agosto de 2016, oriundos do ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e da clínica privada do primeiro autor.

Os critérios de seleção incluíram pacientes pós-bariátricos com grande frouxidão tecidual e diferentes níveis de acometimento da região pubiana, apresentando ainda estabilização da perda ponderal (variação de peso inferior a 3% num período de 3 meses), com no mínimo 18 meses de pós-operatório da gastroplastia e Índice de Massa Corporal (IMC) de no máximo 30.

Os pacientes receberam todas as informações referentes aos procedimentos a que seriam submetidos, incluindo as possibilidades e limitações de resultados, devidamente expressos e documentados pela assinatura de Termos de Consentimento Livre e Informado. Em ambas as fases de intervenção médica e levantamento de dados, foram observados os critérios emanados pela Declaração de Helsinki em suas atualizações.

Marcação Pré-operatória

Como regra fundamental nas intervenções realizadas, seja qual fosse a abordagem indicada para o reajuste corporal inferior (anterior transversa - convencional; anterior composta - âncora; circunferencial

ou circunferencial composta), a correção da região pubiana foi realizada exclusivamente pela marcação baixa e suspensão do retalho inferior, sem qualquer tipo de ressecção cutânea adicional, seja no sentido vertical ou oblíquo do triângulo pubiano. O tracionamento manual da região no pré-operatório simula o resultado a ser obtido, inclusive com o posicionamento final da cicatriz baixa (Figura 3).



Figura 3. Palpação da região pubiana em paciente pós-bariátrica mostrando o vetor de correção com a redução e suspensão do tecido que se apresenta ptosado.

Independentemente da intensidade da flacidez e ptose na região pubiana, após a marcação da linha média anterior, os pacientes foram inicialmente posicionados em decúbito dorsal horizontal para que, e em vigência de tração cranial vigorosa de todo o púbis, uma primeira linha horizontal de aproximadamente 14 centímetros fosse então marcada, com seu ponto central distando 5 centímetros da rima vulvar (área pilosa) e determinando o novo limite cutâneo superior da região pubiana. Essa manobra é fundamental, pois determina a chamada linha de ancoragem cutânea, ou seja, o posicionamento final da cicatriz horizontal anterior após a aproximação dos retalhos (Figura 4).

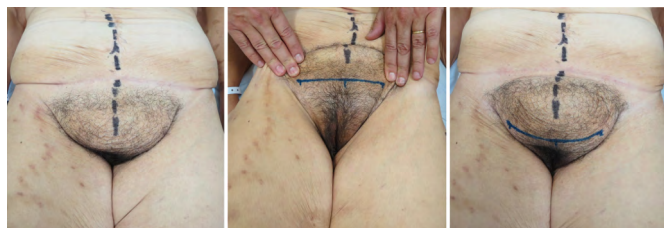


Figura 4. Paciente em decúbito dorsal horizontal e manobras de tracionamento superior do púbis para marcação horizontal baixa, distando 5 cm da rima vulvar.

A partir dessa delimitação inicial, os pacientes eram posicionados de pé e a marcação seguia nos moldes das necessidades e indicações individuais com o planejamento das ressecções teciduais no plano anterior ou circunferencial, com ou sem componente vertical (âncora). As manobras específicas de pinçamento manual com mobilização dos tecidos definiram o padrão de marcação cirúrgica sempre pela determinação da linha

de ancoragem, ou seja, do posicionamento final desejado para as cicatrizes pela migração dos bordos dos retalhos mais fixos em contraposição aos retalhos mais móveis (Figura 5).

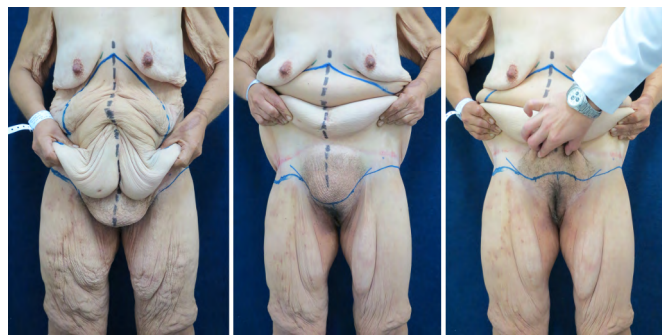


Figura 5. A mesma paciente em posição ortostática, exibindo a marcação para uma abordagem circunferencial composta do corpo inferior, com especial ênfase para o posicionamento baixo da incisão horizontal inferior ao nível do púbis, distando 5 cm da rima vulvar.

Técnica Cirúrgica

Abordaremos os aspectos táticos relacionados com a região pubiana sem prejuízo das manobras específicas a serem observadas na execução das diversas técnicas para o reajuste corporal inferior. Tendo em vista que os bordos a serem aproximados costumam sofrer uma grande mobilização até a sua nova posição, especialmente nas abordagens em âncora, onde há pouco ou quase nenhum descolamento, existe o risco da região do “T invertido” ficar com pouco tecido subcutâneo, provocando assim tensão excessiva com depressão local. Para evitar essa ocorrência, incluímos duas ações específicas na confecção desses retalhos.

No retalho inferior, após a incisão cutânea, o descolamento gorduroso superior em direção ao plano aponeurótico foi realizado confeccionando-se um amplo bisel no sentido cranial, ou seja, com uma angulação que permitisse conservar uma boa quantidade da gordura profunda da região pubiana superior. Dessa forma, além de preservar a circulação linfática a este nível, quando a pele da base do triângulo pubiano migrar em direção ao retalho abdominal, ela vai deslizar por sobre um coxim gorduroso que protege contra uma possível depressão localizada. Além disso, na confecção dos retalhos superiores, um componente gorduroso extra também foi preservado na região central correspondente, com o mesmo propósito (Figura 6A).

A aproximação central dos retalhos foi realizada inicialmente por suturas mais profundas, ao nível do SFS, com pontos simples de monylon 3.0, seguida de pontos subdérmicos com monylon incolor 4.0 e sutura intradérmica de acabamento com fios monocryl 3.0. Note-se que, em virtude do bisel confeccionado na região superior do triângulo invertido, não realizamos

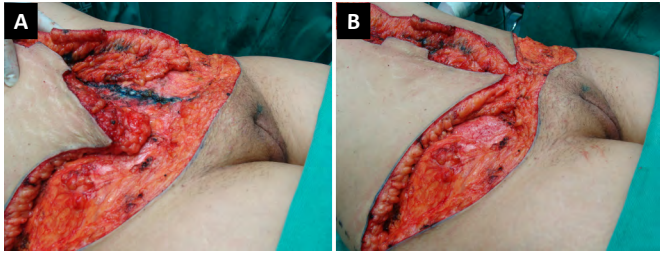


Figura 6. A: Detalhe táctico do descolamento inferior angulado cranialmente e componente gorduroso nas pontas dos retalhos superiores. B: Aproximação dos retalhos numa abordagem anterior composta (âncora).

fixação aponeurótica dos retalhos, mas apenas a união do subcutâneo com suturas profundas interessando o sistema fascial superficial (Figura 6B).

Tais suturas vão seguindo lateralmente, distribuindo os tecidos e reduzindo a tensão para o fechamento da pele. A ancoragem final dos retalhos aproximados é determinada pela migração e travamento do plano cutâneo, conforme planejamento durante a marcação prévia (Figura 7).

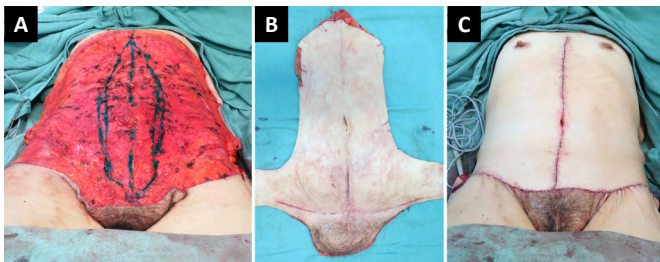


Figura 7. Intraoperatório da abordagem circunferencial composta de corpo inferior. A: Tecido anterior ressecado, com incisão baixa ao nível do púbis; B: Peça cirúrgica evidenciando o tecido pubiano ressecado em continuidade com o abdômen; C: Aspecto final após as suturas com a redefinição da região pubiana.

Se, ao final da aproximação dos retalhos, observar-se excesso de tecido adiposo no cone pubiano, já reduzido pela incisão horizontal baixa, lançamos mão da lipectomia direta por tesoura, em plano mais superficial, sem lipoaspiração ou ressecção cutânea adicional. Não indicamos ressecções da gordura profunda neste nível, visto que costumam predispor a complicações linfáticas, especialmente com a formação de edema prolongado e seromas no período pós-operatório.

Avaliação Pós-Operatória

Com as informações referendadas pelo acompanhamento clínico, levantamento de prontuários e comparação de fotografias pré e pós-operatórias, uma classificação de caráter subjetivo foi realizada pelo primeiro autor, procurando classificar o resultado obtido, especificamente da região pubiana, como “Ruim”, “Regular”, “Bom” ou “Ótimo”. Como critérios a serem identificados nessa avaliação, destacamos o posicionamento (suspensão), formato e tônus tecidual do

cone pubiano, além de possíveis cicatrizes ou distorções inestéticas.

RESULTADOS

Foram avaliados 126 pacientes pós-bariátricos submetidos ao reajuste corporal inferior em suas diferentes modalidades, sendo três por abordagem anterior transversa (convencional - 2,4%), 12 circunferencial simples (9,6%), 42 circunferencial composta (âncora circunferencial - 33,3%) e 69 anterior composta (âncora 54,7%). Todos os casos foram marcados e operados com a participação expressa do primeiro autor, seguindo a presente metodologia na abordagem da região pubiana.

O sexo feminino constituiu a maior parte da casuística com 113 pacientes (89,7%), sendo 13 (10,3%) do sexo masculino. A anestesia geral endovenosa foi utilizada em 55 pacientes (43,7%), o bloqueio medular em 45 (35,7%) e uma associação das duas técnicas foi empregada em 26 casos (20,6%). Drenos de aspiração foram instituídos em todos os casos, sendo mantidos por cinco a dez dias, até que o débito diário se mostrasse inferior a 40 ml.

Os eventos adversos mais frequentemente encontrados na evolução pós-operatória foram pequenas deiscências de sutura (30 casos - 23,8%), todas tratadas exclusivamente por curativos com pomadas fibrinolíticas. A ocorrência de seromas foi identificada em 24 casos (19%) e o tratamento foi realizado por punções seriadas ou drenagem espontânea com curativos absorventes.

Dois pacientes evoluíram com hematoma expansivo abdominal (1,5%), ambos por abordagem anterior composta (âncora) e foram tratados com reintervenção para esvaziamento cirúrgico ainda no pós-operatório imediato. Na presente casuística, não foram observados casos de necrose de tecidos, fenômenos cardiovasculares ou tromboembólicos.

O método permitiu planejar o tratamento do púbis em 100% dos casos, corrigindo a ptose, a frouxidão e o excesso tecidual apenas pela incisão anterior baixa, com readequação das dimensões e textura do cone pubiano, sem ressecções verticais ou oblíquas a este nível.

A avaliação de qualidade dos resultados pós-operatórios, especificamente no que se refere à evolução da região pubiana, foi realizada por um único observador pela classificação subjetiva dos casos operados. Com o tempo de evolução cirúrgica variando entre 4 e 44 meses, 50 casos tiveram seus resultados classificados como “Bom” (40%) e 76 como “Ótimo” (60%), sem nenhum registro como “Ruim” ou “Regular”. Embora com critérios subjetivos, essas avaliações registraram a melhoria inequívoca da região pubiana de todos os pacientes, com posicionamento, formato e tônus natural dos tecidos, e sem o estigma de cicatrizes inestéticas e deformantes.

As Figuras 8 e 9 apresentam o resultado de um tratamento para o contorno corporal na mesma paciente apresentada no planejamento da Figuras 6 e 7. Trata-se de um caso bastante grave, com extremo grau de frouxidão tecidual após grande perda ponderal, submetido ao reajuste corporal inferior pela abordagem circunferencial composta + redução interna das coxas num segundo tempo operatório.

Vale notar que, a despeito da gravidade das deformidades instaladas, foi possível atingir um aspecto harmonioso da região pubiana em meio ao abdômen, flancos e coxas, sem a necessidade de cicatrizes inestéticas para o contorno corporal. Não foi necessário realizar ressecções laterais, que circundam o púbis e se continuam com as ressecções abdominal e das coxas, o que evitou “emoldurar” a região pubiana, conferindo-lhe aspecto inestético com estigma indesejável.

DISCUSSÃO

A região pubiana faz parte do que convencionamos chamar de corpo inferior e merece uma atenção toda especial no planejamento cirúrgico, uma vez que se constitui num elemento fundamental para o equilíbrio estético daquele segmento. Assim como acontece com o umbigo, nenhum resultado poderá ser considerado ideal se a região pubiana não estiver equilibrada com o novo contorno abdominal. O processo de obesidade, seguido de grandes perdas ponderais, costuma afetar significativamente o monte pubiano que, via de regra,

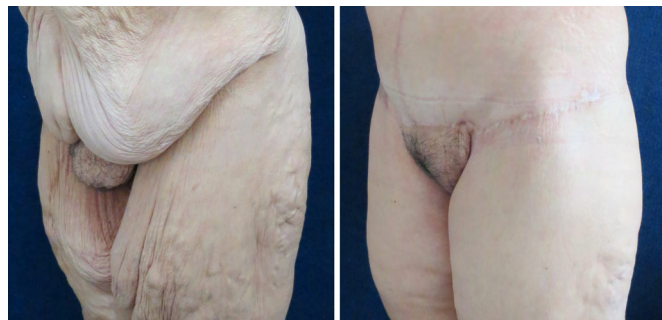


Figura 9. Reajuste corporal inferior: Aspecto final mostrando em detalhes a redefinição harmoniosa do púbis.

se apresenta redundante e ptosado no paciente pós-bariátrico.

Dentre as abordagens para tratamento dos excessos dermo adiposos a esse nível, a literatura apresenta algumas formas de ressecção tecidual tanto no sentido horizontal como no vertical, através de cicatrizes mediais, laterais ou ambas³⁻¹⁴. Consideramos as cicatrizes que circundam o púbis com o tratamento das coxas em continuidade com a cicatriz horizontal do abdômen extremamente estigmatizantes e de resultado estético pobre.

As incisões verticais medianas podem ser escondidas pela área pilosa, mas ainda assim preferimos evitá-las, uma vez que, conforme demonstrado neste trabalho, é possível ressecar grandes quantidades de pele e gordura dessa região, apenas pelo posicionamento baixo da incisão horizontal anterior abdominal, o que permite



Figura 8. Reajuste corporal inferior: Pré e pós-operatório da abordagem circunferencial composta (12 meses) + redução interna das coxas (6 meses).

reposicionar o tecido ptosado, bem como restabelecer o formato triangular do monte pubiano.

Nossa filosofia de tratamento derivou dos trabalhos apresentados por Aly³ e Kaluf⁴, que já preconizavam uma incisão baixa nas abdominoplastias com vistas a associar o *lifting* pubiano. A área normal do púbis tem o formato de um triângulo invertido, e após os grandes emagrecimentos, as sobras estão localizadas na porção mais alta e correspondente à base desse triângulo, que se distendeu durante a obesidade em continuidade com o tecido abdominal.

Assim, se mantivermos a incisão cutânea horizontal baixa, a 5 centímetros da comissura vulvar, todo o contingente de excesso tecidual deverá ser eliminado com a peça cirúrgica, restando um novo triângulo invertido, bastante reduzido, cuja base poderá ser distribuída e ajustada ao retalho superior sem a necessidade de ressecções verticais. Seja qual for a abordagem abdominal: anterior transversa (convencional), anterior composta (âncora), circunferencial ou circunferencial composta, será possível incluir a região pubiana no planejamento cirúrgico do corpo inferior.

Consideramos fundamental, conforme inicialmente sugerido por Aly³, a realização dessa marcação inferior ao nível do púbis, com a paciente em decúbito dorsal horizontal, uma vez que a ação da gravidade nessa posição facilita a realização da manobra de tracionamento superior, ajudando a distribuir melhor os tecidos com maior eficiência e uniformidade. A partir dessa delimitação inferior inicial, prossegue-se a marcação em posição ortostática de acordo com o planejamento prévio da ressecção (âncora, circunferencial, etc.).

Desde a observação pré-operatória, nota-se que a maior parte do excesso tecidual pubiano fica acima dessa marcação e será eliminado juntamente com o tecido abdominal na peça cirúrgica, o que podemos observar efetivamente na Figura 7B. O intenso desarranjo estrutural do Sistema Facial Superficial viabiliza grandes ressecções dermo adiposas, com a possibilidade de fechamento primário apenas pela aproximação dos retalhos, sem qualquer descolamento além das bordas incisadas. Com grande viabilidade e segurança circulatória, essa redistribuição tecidual corrige os excessos e reposiciona as estruturas com maior harmonia de contorno (Figura 7A-C).

Abordagens abdominais que não incluem a correção do púbis costumam resultar num aspecto flácido e ptosado em desarmonia com o novo contorno obtido no abdômen. Da mesma forma, possíveis tentativas de tratamento isolado da região pubiana exigirão mais cicatrizes, com aspecto pouco natural do segmento. Mesmo nos casos com deformidade aparentemente menos grave, a fisiopatologia da frouxidão tecidual pós-grandes emagrecimentos exige que se indique o tratamento da

região pubiana em conjunto com a programação do corpo inferior, a fim de se obter resultados mais harmoniosos de contorno. As Figuras 10-13 trazem mais dois exemplos com o resultado final dessa abordagem em diferentes estilos de pacientes pós-bariátricos.

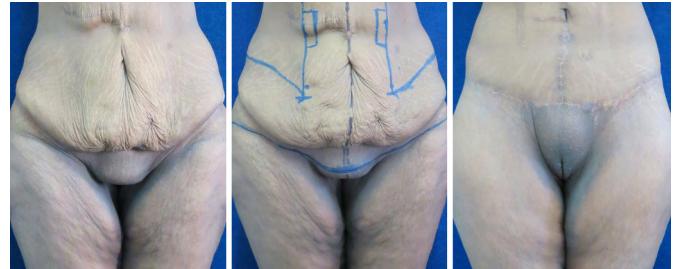


Figura 10. Reajuste corporal inferior - visão frontal. Pré-operatório, marcação e pós-operatório da abordagem circunferencial composta (15 meses) com ênfase para a redefinição harmoniosa da região pubiana.



Figura 11. Reajuste corporal inferior - visão lateral esquerda. Pré-operatório, marcação e pós-operatório da abordagem circunferencial composta (15 meses) com ênfase para a redefinição harmoniosa da região pubiana.

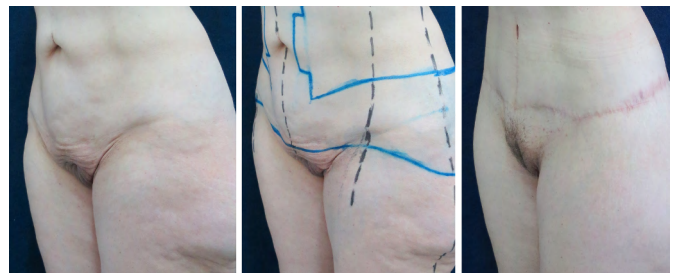


Figura 12. Reajuste corporal inferior - visão lateral esquerda. Pré-operatório, marcação e pós-operatório da abordagem circunferencial composta (18 meses) com ênfase para a redefinição harmoniosa da região pubiana.

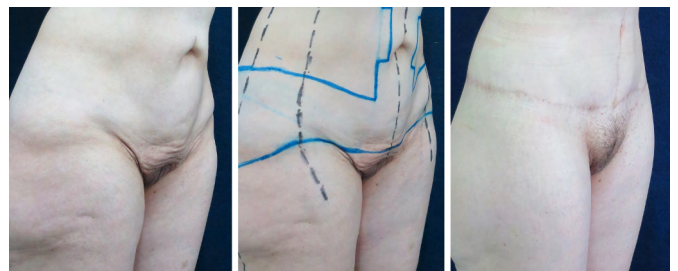


Figura 13. Reajuste corporal inferior - visão lateral direita. Pré-operatório, marcação e pós-operatório da abordagem circunferencial composta (18 meses) com ênfase para a redefinição harmoniosa da região pubiana.

Embora com baixa incidência em nossa casuística, pequenas deiscências da sutura e seromas localizados representam as principais intercorrências nesse tipo de abordagem, sendo o tratamento geralmente conservador, por curativos e punções, respectivamente. Outras possíveis complicações apresentadas na literatura especializada, divididas em eventos adversos menores e maiores, podem se relacionar ao paciente pós-bariátrico em geral¹⁵, mas não há indícios de relação causal direta com a abordagem específica da região pubiana.

A confecção e aproximação dos retalhos gordurosos na região central baixa, que corresponde ao limite superior do novo púbis, nos parece uma tática importante para garantir o melhor travamento das suturas sem afundamento localizado em consequência da grande migração concêntrica desses retalhos e a sua fixação ao plano aponeurótico, preconizada por alguns autores. A avaliação da qualidade dos resultados pode e deverá ser incrementada em trabalhos futuros, com o uso de critérios mais objetivos e prospectivos, com a participação associada de pacientes e observadores independentes.

CONCLUSÃO

A tática cirúrgica apresentada, com posicionamento baixo da incisão anterior e aproximação dos retalhos por suturas no sistema fascial superficial e pele, possibilita o tratamento adequado da região pubiana durante as abdominoplastias pós-bariátricas, sem a necessidade de ressecções e cicatrizes adicionais.

COLABORAÇÕES

- FHM** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- FV** Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- JMG** Realização das operações e/ou experimentos.
- RJC** Concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos.

REFERÊNCIAS

- Lockwood TE. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: a new concept. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87(6):1009-18. PMID: 2034721 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199106000-00001>
- Mendes FH, Viterbo F. Reajuste do corpo inferior: conceitos e filosofia de tratamento. In: Mendes FH, Viterbo F. *Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica*. Rio de Janeiro: DiLivros; 2016. p. 201-65.
- Aly AS. Belt lipectomy. In: Aly AS, ed. *Body Contouring after massive weight loss*. 1st ed. St Louis: Quality Medical Publishing; 2006. p. 71-145.
- Kaluf R, Araújo GAZ, Martins DL, Campos LCB, Magalhães RC, Santos Júnior AJ. Tratamento da região pubiana na abdominoplastia de pacientes após grande perda ponderal. *Rev Bras Cir Plást*. 2008;23(4):302-4.
- Loeb R. Narrowing of the mons pubis during thigh lifts. *Ann Plast Surg*. 1979;2(4):290-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/0000637-197904000-00004>
- Matarasso A, Wallach SG. Abdominal contour surgery: treating all aesthetic units, including the mons pubis. *Aesthet Surg J*. 2001;21(2):111-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1067/maj.2001.114789>
- Hurwitz DJ. Single-staged total body lift after massive weight loss. *Ann Plast Surg*. 2004;52(5):435-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000123361.14654.a5>
- Filho JM, Belerique M, Franco D, Franco T. Dermolipectomy of the pubic area associated with abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2007;31(1):12-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-006-0102-z>
- Alter GJ. Management of the mons pubis and labia majora in the massive weight loss patient. *Aesthet Surg J*. 2009;29(5):432-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asj.2009.08.015>
- El-Khatib HA. Mons pubis ptosis: classification and strategy for treatment. *Aesthetic Plast Surg*. 2011;35(1):24-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-010-9552-4>
- André FS. Abdominoplasty and pubic lifting. *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(3):345-50.
- Marques M, Modolin M, Cintra W, Gemperli R, Ferreira MC. Monsplasty for women after massive weight loss. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36(3):511-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-011-9859-9>
- André FS, Jacobowski B, André RSS. Lifting of the mons pubis after massive weight loss. *Rev Bras Cir Plást*. 2013;28(4):627-32.
- Tavares-Filho JM, Franco D, Franco T. Refinamentos na abordagem da região pubiana. In: Mendes FH, Viterbo F. *Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica*. Rio de Janeiro: DiLivros; 2016. p. 354-65.
- Cavalcante HA, Lima Jr, EM, Mendes FH. Eventos adversos em cirurgia plástica pós-bariátrica. In: Mendes FH, Viterbo F. *Cirurgia Plástica Pós-Bariátrica*. Rio de Janeiro: DiLivros; 2016. p. 719-45.

*Autor correspondente:

Flavio Henrique Mendes

Rua Claudio Manoel da Costa, 65 - Jardim Ariano - Lins, SP, Brasil

CEP 16400-464

E-mail: mendesmd@fhmendes.com.br